

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
- Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
- La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
- L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.
- En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

Pharmacie :

- Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

Radiologie et Biologie :

- La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.
- Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

Optique :

- L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

Rééducation :

- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.
- Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

Dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement canaux, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.
- La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.
- La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canaux.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

Adresses Mails utiles

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° M21- 0060848

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10335 Société :
☒ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : NEGRAOUI AZZEDINE
 Date de naissance : 17/05/59
 Adresse :
 Tél. : 06 07 15 60 46 Total des frais engagés : 1984,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



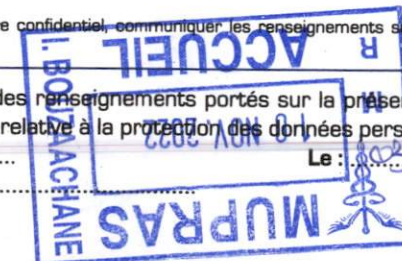
Date de consultation : 03/11/22
 Nom et prénom du malade : ABAD Saoud Age : 42
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Diabète type 2
 En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Marrakech Le : 03/11/22

Signature de l'adhérent(e) :



Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
03/11/22		5	7250 dh	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
ASMOUIN Samir Docteur en Pharmacie Rue ASSALAM May Al Hachid BERRECHID Tél : 05 22 32 94 46	03/11/22	1534,10

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Dr Ahlam TOUJANE Laboratoire d'Analyses Médicales BERRECHID Bd Mohamed V - N° 1 - Etage 1 - Berrechid Tél/Fax : 05 22 03 04 61	03/11/22	B180 + F	200,00 dh

AUXILIAIRES MEDICAUX

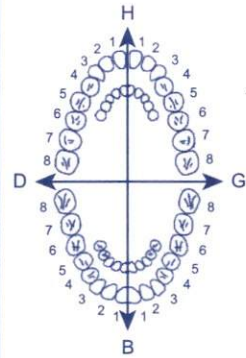
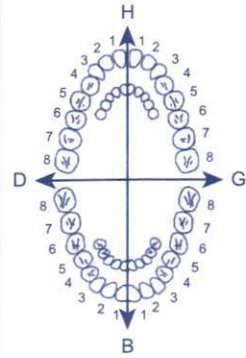
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX													
				MONTANTS DES SOINS													
				DEBUT D'EXECUTION													
				FIN D'EXECUTION													
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS														
			DATE DU DEVIS														
		DATE DE L'EXECUTION															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. kaidi fatima zahra



د. قايدة فاطمة الزهراء

- Spécialiste en endocrinologie diabétologie et maladies métaboliques
- Diplômée de la faculté médecine, de casablanca
- Ancienne interne au CHU Ibn rochd casablanca

• أخصائية بأمراض الغدد، داء السكري و أمراض الأيض

• خريجة كلية الطب بالدار البيضاء

• طبيبة داخلية سابقا بالمستشفى الجامعي ابن رشد

Nom : ABAD
Souad

Berrechid le : 03.11.22

- | | |
|---|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> Glycémie à jeun | <input type="checkbox"/> Ac anti tg |
| <input type="checkbox"/> Glycémie poste-prandiale | <input type="checkbox"/> thyroglobuline ultra sensible |
| <input checked="" type="checkbox"/> HbA1c | <input type="checkbox"/> Ac anti tpo |
| <input type="checkbox"/> Triglycérides | <input type="checkbox"/> Ac anti recepteur TSA us |
| <input type="checkbox"/> Cholesterol HDL | <input type="checkbox"/> Cortisol libre urinaire 24 h |
| <input type="checkbox"/> Cholesterol LDL | <input type="checkbox"/> Corlsolemie 8 h |
| <input type="checkbox"/> Urée | <input type="checkbox"/> ACTH |
| <input type="checkbox"/> Créatinine | <input type="checkbox"/> Prolactinémie à 10 h |
| <input type="checkbox"/> Rapport Alb / creat urinaire | <input type="checkbox"/> FSH <input type="checkbox"/> LH |
| <input type="checkbox"/> Protéinurie 24h | <input type="checkbox"/> Testosteronémie |
| <input type="checkbox"/> ECBU | <input type="checkbox"/> Oestradiol |
| <input type="checkbox"/> ASAT / ALAT / GGT | <input type="checkbox"/> 17 OH progesterone matin |
| <input type="checkbox"/> Sérologie HV _B et HV _C | <input type="checkbox"/> Dérivés methoxylés sur urines de 24 h |
| <input checked="" type="checkbox"/> NFS-PQ | <input type="checkbox"/> IGF ₁ |
| <input type="checkbox"/> Uricémie | <input type="checkbox"/> Ca ²⁺ <input type="checkbox"/> Ph ²⁺ |
| <input type="checkbox"/> CRP | <input type="checkbox"/> ALB |
| <input type="checkbox"/> Fer sérique | <input type="checkbox"/> Parathormone |
| <input type="checkbox"/> PSA | <input type="checkbox"/> Autres |
| <input type="checkbox"/> 21 OH vit D2 + D3 | |
| <input type="checkbox"/> TSH us | |
| <input type="checkbox"/> T ₃ libre | |
| <input type="checkbox"/> T ₄ libre | |

مختبر التحاليل الطبية
N°1 - Bldg I - Berrechid
06 22 83 04 61

Dr KAIDI FATIMA ZAHRA
Endocrinologie Diabétologie
et Maladies métaboliques
Tel: 06 22 32 43 39



مختبر التحليلات الطبية برشيد
Laboratoire d'Analyses Médicales BERRECHID

Dr Ahlam IOURDANE

Médecin Biologiste

Lauréate de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Casablanca

Biochimie - Hematologie - Sérologie - Immunologie - Bactériologie - Virologie - Parasitologie - Mycologie

INPE :063063499

FACTURE N° : 1221100052

BERRECHID le 03-11-2022

Mme ABAD EP NEGROUI Souad

Récapitulatif des analyses		
Analyse	Coefficient	Clé
Forfait traitement échantillon sanguin	20	E20
Glycémie	30	B30
Numération formule	80	B80
Hémoglobine glycosylée	100	B100

Total des B : 180

TOTAL DOSSIER : 200.00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : deux cents dirhams .

التحليلات الطبية برشيد
Laboratoire d'Analyses Médicales BERRECHID
Dr Ahlam IOURDANE
183, Boulevard Mohamed V - N° 1 - 1er Etage - Berrechid
Tél/Fax : 05 22 03 04 61
INPE : 063063499
ICE:002400927000071
IF : 39483570

Date du prélèvement : 03-11-2022 à 08:58

Code patient : 20201121001

Né(e) le : 14-11-1975 (46 ans)

Mme ABAD EP NEGRAOUI Souad

Dossier N° : 20221103009

Prescripteur : Dr KAIDI FATIMA ZAHRA



HEMATOCYTOLOGIE

NUMERATION FORMULE SANGUINE

(Sang total, cytométrie en flux, variation d'impédance)

Les valeurs de référence sont établies en fonction de l'âge et du sexe.

				20-10-2021
GLOBULES ROUGES (Erythrocytes)	4.08	M/μl	(3.80-5.90)	4.83
Hémoglobine	11.1	g/dL	(11.5-17.5)	13.2
Hématocrite	34.5	%	(34.0-53.0)	39.3
VGM (Volume globulaire moyen)	84.4	fL	(76.0-96.0)	81.3
TCMH	27.2	pg	(24.0-34.0)	27.4
CCMH	32.2	g/dL	(31.0-36.0)	33.7
GLOBULES BLANCS (Leucocytes)	7 120/mm ³		(3 800-11 000)	6 900
1-Polynucléaires Neutrophiles	54.4%	Soit 3 873/mm ³	(1 400-7 700)	3 236
2-Polynucléaires Eosinophiles	1.7%	Soit 121/mm ³	(20-580)	193
3-Polynucléaires Basophiles	0.5%	Soit 36/mm ³	(0-110)	21
4-Lymphocytes	39.4%	Soit 2 805/mm ³	(1 000-4 800)	3 036
5-Monocytes	4.0%	Soit 285/mm ³	(150-1 000)	414
PLAQUETTES	241 000/mm ³		(150 000-445 000)	208 000
			(-)	
VPM	11	fL	(2-13)	10

BIOCHIMIE SANGUINE

			20-01-2022
Glycémie à jeun (RC)	1.95	g/L	(0.70-1.10) 1.63
(Technique enzymatique au glucose oxydase)	10.82	mmol/L	(3.89-6.11)
Taux normal : 0.70 à 1.10 g/l			
Diminution de la tolérance au glucose : de 1.10 à 1.26 g/l			
Sujet diabétique : > 1.26 (sur deux prélèvements distincts)			
Femme enceinte : < 0.92 g/l			

20221103009 - Mme Souad ABAD EP NEGRAOUI

Hémoglobine glyquée (HBA1c)

(Technique chromatographie liquide haute pression
HPLC - GX Tosoh)

8.70 %

(4.00-6.00)

20-01-2022

7.30

(RC) : Résultat contrôlé

Validé par : Dr IOURDANE AHLAM

مختبر التحليلات الطبية برشيد
Laboratoire d'Analyses Médicales BERRECHID
Dr Ahlam IOURDANE
183, Bd Mohamed V - 1^{er} Etage - Berrechid
Tél/Fax : 05 22 03 04 61

مختبر التحليلات الطبية برشيد

Laboratoire d'Analyses Médicales BERRECHID

Dr. KAIDI Fatima Zahra

Spécialiste en Endocrinologie diabétologie

Diplômée de la Faculté de Médecine - Casa

Ancien Interne au CHU - Casa

Ordonnance

Nom : Abad samad

Berrechid, le 08

3x 78,70

1) Diambi 60 → 60 →

3x 390,00 2cp à matin avant

2) Galvus met 50/1000 →

1cp x 2/5 - midi - soir

3) Tardyferon 80mg →

2x 10 1cp après dîner

4) Diclo 100 mg

6000 1 suppl

5) Ferplex 40 →

1 sup/5

6) Banoblette

15341 3 mesures

333, Boulevard Mohamed V - Lot Nasrollah - 1er

Tél: (+212) 5 22 324 339 - Gsm: (+212) 6 79 545 31

د. قايدى فاطمة الزهراء

اختصاصية في أمراض الغدد - داء السكري

كلية الطب بالدار البيضاء

طبة داخلة في المستشفى الجامعي

ASMOUD Samir

Docteur en Pharmacie

17 Rue ASSALOU MAY AL

BERRECHID

05 22 37 84 06

78,70

78,70

78,00



6 118001 031092
GALVUS MET® 50 mg/1000 mg
Boîte de 60 comprimés pelliculés
PPV : 390.00 DH

25,50



6 118001 031092
GALVUS MET® 50 mg/1000 mg
Boîte de 60 comprimés pelliculés
PPV : 390.00 DH



6 118001 103041
Tardyferon® 80mg
30 comprimés pelliculés

Distribué par COOPER PHARMA
41, Rue Mohamed Diairi - Casablanca
Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI



Boîte de 10 Falcons buvables
PPV 60.00 Dhs



6 118001 440016



6 118001 031092
GALVUS MET® 50 mg/1000 mg
Boîte de 60 comprimés pelliculés
PPV : 390.00 DH

Berrechid
gu@yahoo.com

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65
66
67
68
69
70
71
72
73
74
75
76
77
78
79
80
81
82
83
84
85
86
87
88
89
90
91
92
93
94
95
96
97
98
99
100

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65
66
67
68
69
70
71
72
73
74
75
76
77
78
79
80
81
82
83
84
85
86
87
88
89
90
91
92
93
94
95
96
97
98
99
100

u
L
ré
Po
air
in

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65
66
67
68
69
70
71
72
73
74
75
76
77
78
79
80
81
82
83
84
85
86
87
88
89
90
91
92
93
94
95
96
97
98
99
100

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65
66
67
68
69
70
71
72
73
74
75
76
77
78
79
80
81
82
83
84
85
86
87
88
89
90
91
92
93
94
95
96
97
98
99
100